

理事長	常務理事	事務長	係

## 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被保険者記号番号	石医	組合員氏名
資格取得日	分娩した被保険者氏	組合員との続柄

出生児	氏名	性別	男 ・ 女	生年月日	年	月	日
	分娩の種類	正常	・ 早産	・ 流産	・ 死産	(妊娠 ヶ月)	
分娩医療機関名称							
出産育児一時金申請額	円	分娩医療機関における産科医療補償制度加入の有		加入	・	未加入	
備考							

振 込 先	金融機関名	銀行	信用金庫	支店名	本支店	出張所
	口座種別	普通	・ 当座	フリガナ		
	口座番号	口座名義人				

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住所

組合員

氏名

㊟

電話番号 ( )

石川県医師国民健康保険組合理事長 様